

認知症療養評価書（診療状況報告書）

認知症疾患医療センターより療養計画を実施している患者について、患者様同意の上以下の通り診療状況を報告します。

患者様の情報

ID: _____ 患者氏名: _____ 性別: _____

生年月日: _____

診断名	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症	<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症
	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

1. 症状について

変化を認めます (増悪 ・ 改善) 変化を認めません

※変化が認められた症状についてチェックをお願いします。

中核症状	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 実行機能障害
	<input type="checkbox"/> 理解力の低下	<input type="checkbox"/> 判断力の低下	<input type="checkbox"/> 感情表現の変化
生活障害 (IADL)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 保清が困難	<input type="checkbox"/> 買い物が困難
	<input type="checkbox"/> 家事が困難	<input type="checkbox"/> 電話をかけることが困難	<input type="checkbox"/> 金銭管理が困難
	<input type="checkbox"/> 移動、外出が困難		
	<input type="checkbox"/> 服薬管理が困難		
BPSD	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 家内外を徘徊して困る	<input type="checkbox"/> 食事やトイレの異常行動
	<input type="checkbox"/> 幻覚や妄動がある	<input type="checkbox"/> 攻撃的で暴言を吐く	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転して困る
	<input type="checkbox"/> 興奮して大声でわめく	<input type="checkbox"/> やる気が無く何もしない	<input type="checkbox"/> 暴力を振るう
	<input type="checkbox"/> 落ち込んで雰囲気暗い		
	<input type="checkbox"/> いつもイライラしている		
診療上特に問題となる症状及び追記事項			

※症状の増悪があった場合、診療情報提供書を持参し予約受診して下さい。

2. 治療計画の実施状況について

治療計画どおり処方を継続しています

処方変更あり (変更内容: _____)

作成日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

担当医 _____

ご本人又は介護者の署名 _____